**Pour le bien de la Santé publique**

# Extrait du rapport préliminaire du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses : Sommaire et recommandations

**Décembre 2003**

104-05828/

*Ce rapport est dédié à ceux qui ont perdu la vie ou un proche à cause du SRAS, et aux acteurs du domaine de la santé qui, jour après jour, ont vaillamment fait face à la maladie.*

# Membres du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses

**Les membres du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses sont les suivants :**

- D[r] David Walker, doyen des Sciences de la santé et directeur de la faculté de médecine, Université Queen's (président)
- D[r] Wilbert Keon, président-directeur général, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
- D[r] Andreas Laupacis, président-directeur général, Institut de recherche en services de santé, Toronto
- D[r] Donald Low, directeur du service de microbiologie, Hôpital Mount Sinai, Toronto
- D[r] Kieran Moore, médecin de salle d'urgence, Hôpital régional de Sudbury
- D[r] Jack Kitts, président-directeur général, L'Hôpital d'Ottawa
- M[me] Leslie Vincent, vice-présidente du service de soins infirmiers, Hôpital Mount Sinai, Toronto
- D[r] Robin Williams, médecin hygiéniste, région du Niagara

**Les personnes suivantes ont d'office fait part de leurs opinions et de leurs conseils aux membres du Comité d'experts :**

- D[r] David Naylor, doyen de la faculté de médecine, Université de Toronto
- D[r] Sheela Basrur, médecin hygiéniste, ville de Toronto
- D[r] Jim Young, commissaire à la sûreté et à la sécurité publique de l'Ontario
- D[r] Colin D'Cunha, commissaire à la santé publique de l'Ontario, médecin hygiéniste, sous-ministre adjoint, Santé et Soins de longue durée
- D[r] Dick Zoutman, directeur du Medical Microbiology and Infection Control, Hôpital général de Kingston, président du Comité consultatif scientifique sur le SRAS de l'Ontario
- D[r] Hanif Kassam, médecin hygiéniste intérimaire, région de York

Le Comité remercie le personnel du Secrétariat du Comité d'experts sur le SRAS pour son excellent travail :

Gail Paech, sous-ministre adjointe, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, et son équipe

**Secrétariat du Comité d'experts sur le SRAS**
Phil Jackson
Liz Walker
Helen Bedkowski
Elizabeth Carlton
Camille Lemieux
Kathryn MacCoon
Liz McCreight
Karen Nixon
Beata Pach
John Risk
ainsi que l'équipe d'appel de propositions pour sa remarquable contribution.

Nous tenons également à remercier Helen Stevenson, qui a révisé et effectué la mise en page de ce rapport.

# Table des matières


| | Page |
|---|---|
| Sommaire et recommandations | 7 |
| Introduction | |
| Chapitre un : **Modèles de santé publique** | |
| Chapitre deux : **Lutte contre les infections** | |
| Chapitre trois : **Mesures et interventions d'urgence** | |
| Chapitre quatre : **Communications** | |
| Chapitre cinq : **Surveillance** | |
| Chapitre six : **Ressources humaines en matière de santé** | |
| Conclusion | |
| Annexes | |

# Sommaire et recommandations

# Sommaire

**Sommaire et recommandations**

Introduction

Chapitre un : Modèles de santé publique

Chapitre deux : Lutte contre les infections

Chapitre trois : Mesures et interventions

Chapitre quatre : Communications

Chapitre cinq : Surveillance

Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

Conclusion

Annexes

*En mars, je suis arrivée au travail pour y trouver un monde changé. Je subis mon premier dépistage, remplis des formulaires et fais la queue. On prend ma température et je me fais réprimander parce que je n'ai pas ma carte d'identité sur moi. Perplexe, je me dirige vers l'entrée du personnel d'urgence et constate la nouvelle désignation du secteur, qui est devenu une « zone propre ». J'y enfile la blouse, les gants, le masque et les lunettes devenus obligatoires.*

...

*Notre lieu de travail devient un établissement « niveau 3 » et se voit transformer en un véritable plateau de tournage d'un film de science fiction. Je me retrouve en quarantaine forcée et cela me donne l'impression que de telles restrictions ne devraient s'appliquer qu'aux habitants du Moyen Âge, lorsque la peste menace. Je me risque dehors seulement pour aller au travail. Notre service d'urgence est fermé, mais nos collègues malades affluent. L'hôpital a des allures de ville fantôme... Je vois des infirmières et des médecins pleurer.*

...

*Bien que mon expérience ne soit en rien comparable à l'angoisse de ceux qui ont été frappés par le SRAS et de ceux qui ont perdu un des êtres qu'ils aimaient le plus au monde, je fais tout de même partie des gens dont la vie personnelle et professionnelle a changé de façon irrévocable et permanente. Il faudra du temps pour comprendre la portée de ces changements et saisir l'étendue de leurs répercussions sur le plan personnel*[1].

Pour tous ceux qui ont contracté la maladie, ceux qui ont subi la quarantaine ainsi que leurs familles et amis, et ceux qui, en tant que patients ou travailleurs de la santé, ont directement subi des difficultés, l'éclosion du SRAS a constitué un événement terrifiant et extrêmement stressant. Le SARS a représenté une urgence aux proportions inégalées pour le secteur de la santé publique. Les acteurs du système de santé sont intervenus de façon héroïque, en mettant souvent en péril leur propre sécurité pour soigner les autres. À maintes et maintes reprises, les fournisseurs de soins de santé de première ligne ont fait preuve d'un dévouement extraordinaire pour fournir des soins de qualité aux patients, aux familles et à leurs collègues.

Tout en soulignant les grands efforts déployés par toutes les personnes impliquées, le manque général de préparation en matière de gestion des urgences sanitaires qui a été mis en lumière de manière très évidente par le SRAS fait appel à des changements positifs. L'Ontario n'est pas la seule à vouloir tirer une leçon du SRAS; de nombreuses collectivités publiques, notamment à Hong Kong, Singapore et aux États-Unis ont également entrepris leurs propres recherches[2]. Le Comité d'experts espère les suggestions qui se dégageront de ce rapport, ainsi que de notre rapport final, s'avèreront utiles tant aux Ontariennes et Ontariens qu'à d'autres collectivités hors de notre province.

En allant de l'avant en vue d'établir un meilleur système, nous devons nous rappeler et honorer ces exemples incroyables et édifiants de courage et de dévouement. Nous croyons que c'est précisément ce que notre Comité d'experts a voulu faire.

Le Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses a été mis sur pied par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée en mai 2003. Nous avons été chargés de cerner les principales leçons tirées de cette expérience et de présenter des recommandations à la fois pratiques, ciblées et orientées vers l'avenir. Elles portent sur la prise en charge et le contrôle des maladies infectieuses de même que la capacité de l'Ontario à faire face aux urgences en matière de santé publique à l'avenir.

Le Comité d'experts a abordé son travail en n'envisageant pas le SRAS uniquement comme une maladie isolée exigeant un nombre fini d'interventions, mais plutôt tel un avertissement qui a illustré de façon percutante les forces et faiblesses de notre système de santé et démontré les ressources qui doivent être en place afin de faire face à la prochaine urgence sanitaire, qu'elle soit d'une envergure égale ou supérieure.

L'information contenue dans ce rapport a été dégagée des données recueillies et des entretiens réalisés auprès de divers fournisseurs de soins de santé de première ligne et d'experts dans diverses institutions et organisations de la province. Ces commentaires nous ont été d'une aide précieuse et nous remercions toutes les personnes qui ont pris le temps de nous faire part de leurs opinions.

De plus, nous avons tenté d'aligner nos travaux avec le cadre conceptuel global pour la revitalisation de la santé publique au Canada. Ce cadre est décrit dans le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique intitulé *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada*.

Ce rapport constitue la première phase du travail du Comité d'experts; il porte sur les problèmes structurels et politiques soulevés par le SRAS et fixe les priorités sur les secteurs nécessitant des actions à court, à moyen et à long terme. Il présente aussi des recommandations réalistes et réalisables qui mettent en lumière les domaines où il faut agir de façon urgente. Le Comité d'experts est d'avis que les efforts des gouvernements provincial et fédéral en vue d'améliorer la santé publique et les mesures et interventions d'urgence doivent être coordonnés et se compléter. Plus précisément, la recommandation globale que nous présentons veut que l'Ontario veille activement à réaliser des progrès en vue de revitaliser la santé publique aux échelons provincial et fédéral, conformément à la position du rapport du Comité consultatif national sur le SRAS.

Ce premier rapport couvre six aspects importants : les modèles de santé publique, la lutte contre les infections, les mesures et les interventions d'urgence, les communications, la surveillance ainsi que les ressources humaines en matière de santé. Voici les points saillants des principales découvertes et recommandations du Comité d'experts sur chacun de ces domaines.

## Modèles de santé publique

Au lendemain de l'éclosion du SRAS, la nécessité de procéder à un examen complet du secteur de la santé publique en Ontario est apparue très nettement. Nous avons noté de nombreux enjeux : pénurie de ressources humaines, structures organisationnelles inadéquates et désuètes, capacité ou masse critique insuffisante pour intervenir efficacement en cas d'urgences sanitaires majeures.

Pour résoudre le problème des ressources humaines, le Comité d'experts est convaincu de la nécessité de déployer une stratégie complète de revitalisation des ressources humaines en santé publique. Une telle stratégie devrait comprendre une amélioration de la formation, des campagnes de promotion de la carrière en santé publique et l'examen des stratégies actuelles de recrutement et de maintien en poste des médecins hygiénistes et de leur personnel.

Le besoin de remédier aux problèmes structurels et organisationnels apparents est tout aussi important. À cet égard, le Comité d'experts appuie l'établissement d'une agence de protection et de promotion de la santé en Ontario, laquelle présenterait un rapport annuel à la législature et assumerait la responsabilité des laboratoires en santé publique, des ressources en santé publique provinciales existantes et d'une nouvelle division de lutte contre les infections. De plus, nous croyons que des modifications législatives urgentes sont nécessaires afin d'autoriser

**Sommaire et recommandations**

Introduction

Chapitre un : Modèles de santé publique

Chapitre deux : Lutte contre les infections

Chapitre trois : Mesures et interventions

Chapitre quatre : Communications

Chapitre cinq : Surveillance

Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

Conclusio ı

Annexes

clairement le médecin hygiéniste en chef de présenter ses rapports directement à l'Assemblée législative.

De même, l'existence d'un grand nombre de bureaux de santé publique en Ontario ne permet pas toujours d'obtenir une masse critique pour soutenir un savoir-faire et des moyens complets en région. Le Comité d'experts soutient par conséquent le regroupement de plusieurs bureaux de santé publique par région au cours des deux prochaines années. Par ailleurs, une étude indépendante est nécessaire afin d'évaluer la capacité de la Division de santé publique sur le plan de la gestion du personnel, des technologies de l'information, de l'analyse épidémiologique, de l'autorité et de la capacité centralisée de faire face à des éclosions futures.

Le Comité d'experts a été saisi de problèmes entourant le rôle municipal dans le financement de la santé publique en Ontario. Par conséquent, nous appuyons fortement la restructuration de l'entente municipale-provinciale actuelle sur le partage des coûts, de sorte que la province finance de 75 à 100 % des ressources en santé publique d'ici deux à cinq ans. À court terme, le plein financement provincial des 180 postes qui ont été promis aux bureaux de santé publique dans le cadre du plan d'action à court terme contre le SRAS de la province doit se poursuivre au-delà du 31 mars 2004.

Pour finir, nous croyons qu'il est nécessaire de mettre en place un mécanisme pour mesurer les progrès en matière de renouvellement de la santé publique en Ontario et du même coup assurer la responsabilisation. Nous recommandons qu'un rapport sur le rendement, préparé de façon indépendante, soit présenté tous les ans à l'Assemblée législative et au public.

La proposition du Comité d'experts de renforcer la surveillance et l'application des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* est aussi, selon nous, cohérente avec l'orientation adoptée dans le dernier rapport du vérificateur provincial[3].

## Lutte contre les infections

Ces dernières années, on a porté trop peu d'attention envers la lutte contre les infections. Le SRAS a permis au Comité d'experts d'observer d'importantes lacunes dans des domaines tels que les normes de lutte contre les infections, les ressources humaines, la conception des installations et la formation en matière de lutte contre les infections.
Le Comité d'experts a pris note de la nécessité d'une expertise régionale en lutte contre les infections; cela pourrait être réalisé grâce à l'établissement de réseaux régionaux de lutte contre les infections englobant les hôpitaux,

les établissements de soins de longue durée, les fournisseurs de soins de santé communautaire et les bureaux de santé publique. Les fournisseurs de soins de santé nous ont informés de l'absence de normes cohérentes, largement applicables et observables quant aux pratiques en matière de lutte contre les infections et que la conception des installations constituait un obstacle majeur au contrôle efficace de l'infection. Le Comité d'experts a par conséquent recommandé la création d'un comité provincial permanent de lutte contre les infections pour superviser les vérifications en ce qui a trait à la lutte contre les infections et pour dicter des normes ainsi que les mécanismes de conformité.

Il est également très évident qu'il y a une grave pénurie de praticiens et de médecins spécialisés en lutte contre les infections. Cela s'explique en partie par le manque de programmes de formation permettant de former adéquatement et d'agréer les praticiens de la lutte contre les infections, de même que d'autres spécialistes de ce domaine. Les étudiants des programmes de santé ne reçoivent pas systématiquement une formation de base en lutte contre les infections. De plus, il y a un net besoin de formation en matière de lutte contre les infections adaptée aux travailleurs de chaque secteur du système de santé. Le Comité d'experts recommande une série de mesures en vue d'augmenter les connaissances et les compétences de tous les travailleurs de la santé dans le domaine de la lutte contre les infections. Cela peut comprendre des initiatives de « formation des formateurs » pour rendre plus accessible la formation en lutte contre les infections pour tous les employés du secteur de la santé; pour élargir les programmes afin de former les praticiens de la lutte contre les infections dans le cadre de leur admissibilité à la certification; pour établir des normes de formation en lutte contre les infections; et pour intégrer la lutte contre les infections au curriculum des programmes de formation en santé des collèges et universités. Le Comité d'experts recommande par ailleurs de prévoir un financement ciblé à l'intention des programmes de lutte contre les infections en Ontario.

## Mesures et interventions d'urgence

Le SRAS a mis à l'épreuve l'état de préparation de l'Ontario à faire face à une urgence sanitaire, et celui-ci s'est avéré insuffisant. Le Comité d'experts a noté qu'il n'y avait pas de plan directeur pour intervenir de manière coordonnée face à une urgence suscitée par une maladie transmissible. Cela s'est traduit par un manque de clarté quant aux rôles et responsabilités, notamment sur le plan de la hiérarchie, de la communication et des rapports de subordination entre les divers gouvernements. Le Comité d'experts a aussi appris qu'il n'existait pas de planification exhaustive des mesures et interventions d'urgence dans les

**Sommaire et recommandations**

Introduction

Chapitre un : Modèles de santé publique

Chapitre deux : Lutte contre les infections

Chapitre trois : Mesures et interventions

Chapitre quatre : Communications

Chapitre cinq : Surveillance

Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

Conclusion

Annexes

hôpitaux et les institutions de soins non actifs à l'échelon régional. De plus, le « code orange » et les politiques se rapportant aux visites dans les hôpitaux qui sont entrés en vigueur durant l'éclosion du SRAS ont posé de nombreuses difficultés.

Un autre problème majeur mis en lumière durant l'éclosion du SRAS est l'absence, dans le système de santé de l'Ontario, d'une capacité en cas de crise relativement à la disponibilité de lits, aux ressources humaines dans le domaine de la santé et à l'approvisionnement en équipement de protection personnelle.

Comme mesure immédiate, il convient d'examiner et d'évaluer les mesures et interventions d'urgence dont dispose présentement l'Ontario dans les domaines suivants : le transfert des patients, l'autorisation de sortie d'hôpital rapide, le programme CritiCall Ontario et la capacité d'obtenir et de distribuer le matériel.

Pour favoriser une intervention efficace advenant une autre urgence sanitaire, le Comité d'experts recommande la création d'un bureau des interventions d'urgence (BIU) au sein du ministère. Le BIU aurait des liens formels avec le ministère des Services communautaires et des services correctionnels ainsi qu'avec la Gestion des situations d'urgence Ontario. Le Comité d'experts recommande également un examen immédiat des pouvoirs extraordinaires en cas d'urgence et de la législation s'y rapportant, dans le but d'élaborer un système d'intervention en cas d'urgence sanitaire qui soit graduel et harmonisé à l'échelle nationale.

Enfin, le ministère doit créer et appuyer la création de mécanismes supplémentaires d'affectation rapide de personnel médical durant une urgence et soutenir l'élaboration d'un nouveau code hospitalier en cas d'éclosion de maladie infectieuse.

## Communications

Durant l'éclosion du SRAS, le public et les fournisseurs de soins de santé avaient besoin d'une information crédible, claire et livrée en temps opportun. Il était cependant difficile de fournir une telle information étant donné que le SRAS était une maladie dont nous savions peu de choses. Cela étant dit, le Comité d'experts a constaté que cette situation difficile a été aggravée par les facteurs suivants : il n'existait aucune stratégie claire de communication des risques pour la santé publique, bien qu'une stratégie de communication de crise ait déjà existé dans la province avant l'éclosion du SRAS, il n'y avait aucun point de contact direct avec les fournisseurs de soins de santé et il fallait répondre à divers groupes de soins de santé de

façon claire, selon leurs besoins respectifs. Les lignes directrices émises par le Centre provincial des opérations, plus tard le *SARS Operations Centre*, ont fait l'objet de nombreux commentaires, desquels se dégageaient des préoccupations principalement axées sur les changements fréquents dans les directives et l'absence d'un système de rétroaction et de clarification. Il y avait aussi des lacunes considérables concernant certains aspects techniques de l'infrastructure de communication de la province, notamment l'incapacité à joindre de nombreux fournisseurs de soins de santé des milieux communautaires et à permettre une communication bilatérale. Ces lacunes ont compliqué l'interprétation et la mise en œuvre des lignes directrices et entravé le partage d'information en temps opportun.

Le Comité d'experts est d'avis qu'une composante essentielle en vue d'assurer une communication efficace durant les urgences sanitaires est l'élaboration d'une infrastructure avancée qui rejoint en temps opportun tous les principaux intervenants et praticiens de la santé. Cela devrait permettre des communications bilatérales par l'entremise de canaux multiples. La province a également besoin d'une stratégie de communications des risques pour la santé publique, qui comprend des protocoles de communication des risques fournissant une information claire, concise, crédible, accessible et facile à mettre en application. Par ailleurs, le ministère doit élaborer un plan de sensibilisation pour informer le public sur la santé publique et la lutte contre les infections. Le Comité d'experts souligne également l'importance d'entretenir des liens avec Santé Canada pour s'assurer de la cohérence des messages, des points de contact clairement désignés en cas de crise et d'une harmonisation des rôles et responsabilités.

## Surveillance

Le Comité d'experts a appris que les efforts pour contenir le SRAS ont été entravé par l'absence d'un plan provincial complet de surveillance des maladies infectieuses. Cette situation a été compliquée davantage par l'absence d'une infrastructure adéquate de technologie de l'information pour appuyer un tel plan, tant en ce qui concerne la cueillette que la diffusion des renseignements. De plus, le SIMDO (Système informatique sur les maladies à déclaration obligatoire), système de renseignements que doivent obligatoirement utiliser les bureaux de santé de la province, n'était pas capable, sur le plan fonctionnel, d'appuyer une enquête en temps opportun sur l'éclosion. L'instrument de surveillance qui est utilisé actuellement par les bureaux de santé publique ne permet pas de recueillir des données en temps réel. De plus, le Comité d'experts insiste pour que l'on remédie aux obstacles qui ont été perçus sur le plan du partage de l'information durant l'éclosion du SRAS.

**Sommaire et recommandations**

Introduction

Chapitre un : Modèles de santé publique

Chapitre deux : Lutte contre les infections

Chapitre trois : Mesures et interventions

Chapitre quatre : Communications

Chapitre cinq : Surveillance

Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

Conclusion

Annexes

Le Comité d'experts croit que ces lacunes sont graves et nécessitent une action immédiate. Il est prioritaire d'élaborer un plan provincial de surveillance complet et il faut s'assurer qu'une infrastructure informatique appropriée est en place pour soutenir ce plan. De plus, le système ontarien intégré d'information sur la santé publique doit être mis en œuvre dans tous les bureaux de santé publique le plus rapidement possible, de même que tous les éléments de soutien en matière de technologie de l'information pour permettre aux agents de santé publique de retracer les contacts et de gérer efficacement la quarantaine. Pour faciliter l'atteinte de ces objectifs de santé publique, il est également urgent d'examiner les protocoles d'accès et de partage des données, ainsi que les lois sur la protection de la vie privée, qu'il faudra modifier au besoin.

## Ressources humaines en matière de santé

Le Comité d'experts a pris note de la pénurie apparente de professionnels de la santé, particulièrement ceux qui sont essentiels à la lutte contre les éclosions de maladies infectieuses comme les infirmières de soins intensifs et des services d'urgence, les médecins spécialisés en maladies infectieuses, les microbiologistes, les épidémiologistes, les médecins et infirmières en santé publique, les praticiens de la lutte contre les infections, le personnel en santé et sécurité au travail et les inhalothérapeutes. Parallèlement à ces pénuries générales, il est devenu évident durant l'éclosion du SRAS que les compétences de certains professionnels n'étaient pas utilisées au mieux. De même, la disponibilité des emplois à temps plein est clairement inadéquate pour bon nombre de travailleurs de la santé et le Comité d'experts croit que les taux existants d'emplois occasionnels, à temps partiels ou dotés par des agences minent les efforts visant à assurer la stabilité et la cohésion du lieu de travail. Le Comité d'experts a appris qu'on accorde insuffisamment d'importance à la santé et à la sécurité au travail dans les établissements de santé et que son rôle est flou durant les éclosions de maladies infectieuses. L'emploi adéquat, l'efficacité et la disponibilité de l'équipement de protection personnelle est devenue une question de premier plan dans la plupart des secteurs de la santé. Enfin, le stress personnel immense vécu durant l'éclosion du SRAS exige un examen des mécanismes visant à fournir un soutien psychologique et social confidentiel et largement accessible aux travailleurs et à leur famille.

Le Comité d'experts appuie les efforts en cours pour augmenter le recrutement dans les principales professions de la santé. De même, nous croyons qu'au moins 70 % des postes des travailleurs de la santé des hôpitaux devraient être à plein temps. D'ici à ce que cela soit réalisé, d'autres méthodes visant à utiliser efficacement les travailleurs de la santé

dont nous disposons actuellement en cas d'urgence doivent être élaborées. À titre de mesure immédiate, nous recommandons l'embauche de deux médecins microbiologistes pour le Laboratoire central de santé publique de l'Ontario.

Le Comité d'experts croit également qu'il faut examiner les pratiques actuelles en santé et sécurité au travail et recommande de déterminer et de diffuser largement les meilleures pratiques, particulièrement celles qui concernent les liens entre la santé au travail et la lutte contre les infections. De plus, il faut élaborer des meilleures pratiques factuelles sur l'emploi de l'équipement de protection personnelle. Enfin, dans le cadre de la planification en matière d'urgences sanitaires, nous devons mettre en œuvre des programmes d'indemnisation des travailleurs de la santé pour leurs pertes financières et assurer la prestation rapide de soutien psychoéducatif et psychologique.

## Mise en œuvre

Le Comité d'experts reconnaît que ses travaux doivent être uniformes et s'intégrer à ceux du Dr David Naylor et du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. De plus, il est nécessaire d'établir un mécanisme unique et efficace de coordination et de facilitation de la mise en œuvre des recommandations contenues dans le présent rapport. Le Comité d'experts recommande par conséquent qu'un organisme unique soit constitué pour superviser le processus de mise en œuvre et qu'il soit secondé dans ses travaux par un groupe consultatif multidisciplinaire composé de spécialistes. Le Comité d'experts demande également avec insistance au ministre de la Santé et des Soins de longue durée pour qu'il dépose, au plus tard en décembre 2004, un rapport sur l'avancement des travaux devant l'Assemblée législative concernant la mise en œuvre des recommandations.

## Aperçu du rapport final

Au cours des prochaines semaines, le Comité d'experts continuera d'examiner plus en détail les questions mentionnées plus haut et il présentera au ministre un rapport contenant des recommandations supplémentaires en février 2004. Nous présenterons des recommandations sur la manière dont une agence ontarienne de protection et de promotion de la santé peut s'intégrer au mieux dans un cadre de santé publique national complet.

Au cours des prochaines semaines, cette phase du travail sera alimentée

**Sommaire et recommandations**

Introduction

Chapitre un : Modèles de santé publique

Chapitre deux : Lutte contre les infections

Chapitre trois : Mesures et interventions

Chapitre quatre : Communications

Chapitre cinq : Surveillance

Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

Conclusion

Annexes

par de plus amples discussions avec les fournisseurs de soins de santé et une série de projets de recherche indépendants actuellement en cours. Nous allons également tirer profit des discussions et des débats ayant eu lieu dans d'autres forums concernant le futur cadre de travail national sur la santé publique.

En allant de l'avant en vue d'établir un meilleur système, nous devons nous rappeler et honorer ces exemples inspirants de courage et de dévouement durant l'éclosion du SRAS. Par conséquent, le Comité d'experts plaide pour que l'Ontario ait le courage et la passion d'être le chef de file de l'élaboration d'une nouvelle vision et d'une nouvelle structure pour la promotion et la protection de la santé publique, non seulement dans la province, mais dans tout le Canada. Dans notre vision, les actions de l'Ontario visant à renforcer la capacité de prévention et de réponse aux maladies infectieuses deviennent un pilier du processus de renouvellement de la santé publique dans son ensemble.

# Recommandations

**Sommaire et recommandations**

Introduction

Chapitre un : Modèles de santé publique

Chapitre deux : Lutte contre les infections

Chapitre trois : Mesures et interventions

Chapitre quatre : Communications

Chapitre cinq : Surveillance

Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

Conclusion

Annexes

## Chapitre un : Modèles de santé publique

### Agence de protection et de promotion de la santé

1. Le ministère doit immédiatement mettre en branle les travaux d'élaboration requis pour établir une agence de protection et de promotion de la santé en Ontario. Cette agence devrait être tenue de présenter un rapport annuel à l'Assemblée législative, par l'entremise du médecin hygiéniste en chef, et qui porterait sur les éléments de base suivants :

   a. le Laboratoire de santé publique de l'Ontario;
   b. les éléments pertinents des ressources provinciales existantes en santé publique;
   c. une division de lutte contre les infections dont le mandat comprendrait la recherche, la formation, le suivi et la diffusion des meilleures pratiques.

   L'agence devrait également être conçue de façon à permettre d'établir des liens entre l'agence de santé publique canadienne proposée, le réseau national de laboratoires de santé publique proposé et les centres de recherche appropriés.

### Indépendance

2. Le ministère doit modifier immédiatement la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* afin d'autoriser le médecin hygiéniste en chef à :

   a. présenter des rapports à l'Assemblée législative;
   b. émettre des commentaires publics sur toute question importante ayant trait à la santé publique et ce, indépendamment du ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

   Une telle disposition doit être édictée le plus tôt possible.

### Stratégie de revitalisation des ressources humaines en santé publique

3. Nous recommandons que l'Ontario entame immédiatement des discussions avec l'Association of Local Public Health Agencies et l'Association des municipalités de l'Ontario ainsi que les processus F/P/T

existants en vue d'élaborer une stratégie de revitalisation des ressources humaines en santé publique. La stratégie devrait contenir les éléments suivants :

a. l'augmentation de la capacité d'enseignement et de formation des professionnels en santé publique par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère de la Formation et des Collèges et Universités. Cela pourrait s'accompagner d'une augmentation des inscriptions dans les institutions d'enseignement ainsi que d'une augmentation du nombre de postes en formation au niveau supérieur ou des résidences;
b. l'élaboration et le soutien d'un programme de formation et d'études financé par la province à l'intention des membres du personnel de la santé publique et portant principalement sur lutte contre les infections. Ce programme sera fondé sur le programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP). Une attention spéciale doit être accordée à la promotion d'une formation polyvalente entre les secteurs de la santé publique, des soins actifs, des soins de longue durée et des autres secteurs;
c. l'élaboration, en partenariat avec DRHC et des institutions de formation, d'une large campagne visant à promouvoir la carrière en santé publique en Ontario;
d. la création de postes de formation de réintégration en médecine communautaire pour permettre aux praticiens exerçant présentement dans d'autres spécialités d'obtenir une qualification en santé publique;
e. la mise sur pied de programmes de formation d'appoint pour mettre à jour les compétences et les qualifications de personnes compétentes détenant déjà une expérience en santé publique. Celui-ci devrait être accompagné de mesures d'encouragement afin de réintégrer de telles personnes œuvrant présentement dans d'autres domaines;
f. un examen des stratégies de recrutement et de maintien en poste pour les médecins hygiénistes et les médecins hygiénistes adjoints, portant notamment sur la rémunération.

Le ministère doit fournir au ministre un rapport sur les progrès réalisés à l'égard de cette stratégie d'ici le 1er juin 2004.

**Financement municipal et provincial**

4. L'Ontario doit immédiatement accorder un financement à 100 %, au-delà du 31 mars 2004, aux 180 postes affectés aux bureaux de santé publique, lesquels ont été créés dans le cadre du plan d'action à court terme contre le SRAS de la province.

L'Ontario doit mettre en place un processus indépendant et établir des échéanciers pour l'établissement d'un financement à 100 % de tous les programmes de santé publique en matière de lutte contre les maladies transmissibles. Ce processus doit être terminé d'ici le 31 décembre 2004.

Dans le cadre de la mise en place d'une capacité en cas de crise en santé publique à la grandeur de la province, un tel financement devrait être accordé à la condition que les bureaux de santé publique collaborent en réaffectant ces ressources de lutte contre les maladies transmissibles en cas d'urgence sanitaire.

5. Ontario doit immédiatement restructurer l'entente avec les municipalités sur le partage des coûts de la santé publique afin d'augmenter le financement provincial de ce secteur de 75 % à 100 %. Les programmes, notamment pour la lutte contre les maladies transmissibles, qui sont financés à 100 % par la province doivent le demeurer.

   La nouvelle entente sur le partage des coûts devrait être progressivement mise en place d'ici deux à cinq ans.

**Bureaux de santé publique**

6. Le ministère doit revoir, conjointement avec les médecins hygiénistes, l'Association of Local Public Health Units et l'Association of Municipalities of Ontario, le nombre actuel de services de santé publique dans la province D'ici deux ans, le ministère devrait, en se fondant sur les résultats de cet examen, fusionner les bureaux de santé publique afin que leur nombre se situe entre 20 et 25, tout en maintenant une présence locale par l'entremise des bureaux satellites.

**Loi sur la protection et la promotion de la santé - conformité**

7. Le ministère doit examiner immédiatement des approches pour renforcer la conformité à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* qui lui sont associées en ce qui a trait à l'affectation de ressources et la prestation de programmes et services de santé obligatoire.

**Examen de la capacité de la Direction de la santé publique**

8. Le ministère doit immédiatement entreprendre une étude indépendante et exhaustive sur la capacité actuelle de la Direction de la santé publique de la province. Dans le cadre du renouvellement de la santé publique, le ministère doit tenir compte des recommandations issues de cette étude pour revitaliser les moyens d'assurer la santé publique de la province.

**Sommaire et recommandations**

Introduction

Chapitre un : Modèles de santé publique

Chapitre deux : Lutte contre les infections

Chapitre trois : Mesures et interventions

Chapitre quatre : Communications

Chapitre cinq : Surveillance

Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

Conclusion

Annexes

**Évaluation du rendement de la santé publique**

9. L'Ontario doit instituer un rapport annuel sur le rendement de la santé publique dans la province, lequel sera présenté à l'Assemblée législative et communiqué au grand public. Un tel rapport doit être préparé par un organisme de recherche approprié agissant comme tierce partie. Le rapport doit indiquer l'état :

    a. des ressources humaines;
    b. des technologies de l'information;
    c. des infections nosocomiales;
    d. de la conformité à l'égard des programmes et des services obligatoires;
    e. de la santé de la population;
    f. de la capacité centralisée en matière d'épidémiologie.

## Chapitre deux : Lutte contre les infections

**Réseaux régionaux de lutte contre les infections**

10. Le ministère doit établir un processus visant à élaborer des réseaux régionaux de lutte contre les infections à l'échelle de l'Ontario. Ce processus d'élaboration serait dirigé conjointement par un hôpital désigné et un bureau de santé publique. Les réseaux devraient inclure, sans s'y limiter, des bureaux de santé publique, des praticiens de la lutte contre les infections, des services de santé d'urgence, des établissements de soins de longue durée et des fournisseurs de soins de santé communautaires.

**Normes, agrément et surveillance**

11. Le ministère doit établir immédiatement un Comité provincial permanent de lutte contre les infections qui relève du médecin hygiéniste en chef. Ce comité aurait les fonctions suivantes :

    a. superviser les vérifications qui sont déjà en cours dans les hôpitaux concernant les politiques, programmes et ressources de lutte contre les infections et entreprendre des vérifications supplémentaires dans les autres établissements et organismes de santé de l'Ontario. Ces vérifications doivent être terminées d'ici l'été 2004;
    b. élaborer, d'après les résultats de ces vérifications sur la lutte contre les infections, des normes provinciales exhaustives de lutte contre les infections à l'intention de tous les établissements de santé de l'Ontario, notamment les hôpitaux de soins actifs et non actifs, les établissements de soins de

longue durée et les établissements de soins primaires et communautaires. L'élaboration des lignes directrices doit être terminée d'ici le 31 octobre 2004;

c. élaborer des normes en collaboration avec Santé Canada;
d. mettre au point des mécanismes appropriés pour assurer tant la conformité aux normes existantes qu'aux nouvelles normes provinciales exhaustives de lutte contre les infections.

12. Le ministère, de concert avec le Comité provincial permanent de lutte contre les infections et avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Institut de recherche en services de santé, et l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté, doivent définir des indicateurs de base pour la surveillance des infections nosocomiales. Ces données doivent être signalées dans le cadre du rapport annuel sur l'état de la santé publique.

**Conception des établissements**

13. Afin d'assurer la disponibilité des chambres à pression négative et leur distribution appropriée entre les hôpitaux, le ministère doit immédiatement entreprendre une évaluation factuelle indépendante des besoins.Cette évaluation devra être présentée au ministre d'ici le 1er mars 2004. Lorsqu'il sera informé des résultats de cette évaluation, le ministère doit s'assurer qu'il y a suffisamment de chambres à pression négative dans toutes les régions.

14. Le ministère doit entreprendre un processus collaboratif avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour déceler les obstacles physiques à la prévention efficace des infections dans les hôpitaux et élaborer un plan pluriannuel en vue de les éliminer. Il convient d'examiner en priorité les salles d'urgence, puis les unités de soins intensifs et les pavillons.

**Formation et orientation**

15. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, devrait assurer un financement suffisant permettant d'augmenter le nombre de cours de lutte contre les infections existants afin de les rendre plus accessibles aux professionnels de la santé. Ce financement doit prévoir :

    a. la mise en ligne du cours existant;
    b. la mise sur pied d'initiatives d'éducation à distance;
    c. le remboursement adéquat des coûts de participation à un tel cours.

    Ce financement doit être disponible à compter du 1er avril 2004.

**Sommaire et recommandations**
Introduction
Chapitre un : Modèles de santé publique
Chapitre deux : Lutte contre les infections
Chapitre trois : Mesures et interventions
Chapitre quatre : Communications
Chapitre cinq : Surveillance
Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé
Conclusion
Annexes

16. Le ministère doit immédiatement élaborer des stratégies afin qu'il y ait au moins un praticien de la lutte contre les infections par 250 lits de soins actifs et de soins de longue durée. Il doit également voir au déploiement des efforts afin qu'il y ait, d'ici trois ans, un praticien de la lutte contre les infections par 120 lits de soins actifs et de soins de longue durée. Ces stratégies doivent inclure des mécanismes de recrutement et de rétention des praticiens de la lutte contre les infections.

17. Le ministère doit appuyer la mise sur pied d'initiatives de « formation des formateurs » en offrant un financement adéquat permettant aux praticiens de la lutte contre les infections existants qualifiés et expérimentés d'agir à titre d'éducateurs auprès d'autres professionnels de la santé pour leur enseigner les principes de lutte contre les infections. Le niveau nécessaire du financement devra être déterminé d'ici le 1er avril 2004 afin que le financement soit disponible.

18. Le ministère doit obtenir l'engagement des organismes de réglementation et des associations professionnelles et les soutenir dans leur examen et leur mise à jour des normes d'éducation sur la lutte contre les infections et leurs efforts de maintien des compétences de base chez tous les travailleurs de la santé. Le ministère doit également créer des programmes d'éducation normalisés qui reflètent ces principes. L'élaboration de telles normes doit être terminée d'ici le 30 juin 2004.

19. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, le Council of Faculties of Medicine, l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing et d'autres organismes concernés devraient travailler de concert pour définir les éléments de base de l'éducation sur la lutte contre les infections à l'intention de tous les programmes d'éducation de santé. En outre, ils devraient commencer à prendre des mesures pour intégrer ces éléments au sein de ces programmes. Le ministère doit créer un organisme fonctionnel pour atteindre ces objectifs d'ici le 1er février 2004. Les plans des programmes doivent être mis en œuvre d'ici le 30 juin 2004.

**Financement des programmes de lutte contre les infections**

20. Le ministère, en collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Ontario Long Term Care Association et l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, doit mettre au point des mécanismes permettant d'offrir un financement ciblé pour les programmes de lutte contre les infections au sein des établissements et des organismes, tel que l'élaboration d'un programme prioritaire de

lutte contre les infections dans les hôpitaux. Le financement devrait permettre d'embaucher le personnel nécessaire, comme des praticiens de la lutte contre les infections et des spécialistes des maladies infectieuses. Un rapport d'état sur l'élaboration de ces mécanismes devra être remis au ministre d'ici le 30 juin 2004.

**Sommaire et recommandations**

Introduction

Chapitre un : Modèles de santé publique

Chapitre deux : Lutte contre les infections

Chapitre trois : Mesures et interventions

Chapitre quatre : Communications

Chapitre cinq : Surveillance

Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

Conclusion

Annexes

## Chapitre trois : Mesures et interventions d'urgence

21. Le ministère doit créer immédiatement un Bureau des interventions d'urgence (BIU), le doter du personnel et de l'autorité appropriés et le relier officiellement au ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Ce bureau doit être établi d'ici le 1er avril 2004 et doit :

    a. faire rapport au sous-ministre, par l'entremise d'un comité des interventions d'urgence. Le comité supervise la création du bureau et l'établissement de son mandat et fournit des conseils et des orientations stratégiques au BIU;
    b. faire preuve de leadership concernant les activités du ministère relatives aux mesures et aux interventions d'urgence;
    c. assurer la mise en œuvre des recommandations ci-dessous en respectant les échéanciers. D'ici à ce que le BIU soit fonctionnel, c'est le ministère doit voir à la mise en œuvre de ces recommandations.

22. Lorsqu'il sera établi, le BIU doit servir d'agent de liaison du ministère auprès de Santé Canada, du GSUO, et des autres organisations concernées en rapport avec les interventions d'urgence en santé publique. Plus précisément, le BIU doit commencer à travailler étroitement avec Santé Canada dans trois domaines :

    a. assurer la pertinence et la préparation de toute réserve de secours ainsi que les liens et protocoles nécessaires aux fins de coordination;
    b. élaborer le programme d'équipes d'intervention sanitaire d'urgence;
    c. harmoniser les capacités fédérales et provinciales de mesures et d'interventions d'urgence pour les urgences de santé publique.

23 Le ministère doit promptement examiner et évaluer des domaines particuliers de mesures d'urgence, puis créer des plans d'action et effectuer des recommandations relatives à chaque domaine par l'entremise de comités consultatifs ayant une expérience clinique et

opérationnelle. Les domaines clés de réexamen et d'évaluation sont les suivants :

a. l'élaboration de protocoles d'urgence pour le transfert des patients, notamment une évaluation objective du système d'autorisation de transfert des patients;
b. un réexamen de l'exactitude et de l'utilité du programme CritiCall. Ce réexamen devrait comprendre une analyse du rôle que pourraient jouer le Programme CritiCall et le Central Bed and Resource Registry dans la gestion d'éclosions futures et les vérifications ou mécanismes nécessaires pour assurer l'exactitude des données;
c. l'élaboration de protocoles d'urgence officiels pour le transfert rapide des patients d'autres niveaux de soins des hôpitaux, plus précisément vers les établissements de soins de longue durée. Ils devraient comprendre un examen et une analyse de l'utilisation de la désignation de crise de catégorie 1A en vertu des dispositions réglementaires gouvernant le système de coordination des placements aux termes de la législation sur les soins de longue durée;
d. la capacité de la province, des régions et des établissements à obtenir et à distribuer les fournitures et l'équipement au cours des éclosions de maladies infectieuses et des autres urgences de santé publique.

Le ministère doit faire rapport des résultats du réexamen et présenter au ministre les plans d'action qui s'imposent au plus tard le 1er mars 2004.

24. Lorsque le BIU est établi, il devra avoir son propre site Web pour sensibiliser le public et promouvoir la transparence sur le plan des activités de préparation du ministère. Le BIU devrait utiliser ce site Web pour afficher des documents de référence, des plans d'intervention au besoin, et des documents promotionnels concernant les interventions d'urgence du ministère et du secteur de la santé. D'ici à ce que le BIU soit fonctionnel, le ministère doit afficher immédiatement sur son site Web tous les plans d'urgence.

25. Le ministère doit, de concert avec le BIU qui assumera, après sa création, un rôle de coordination et de surveillance, mettre immédiatement à jour un plan général ou des procédures normales de fonctionnement pour les interventions d'urgence provinciales en cas d'éclosion de maladie infectieuse et d'urgences de santé publique, notamment le bioterrorisme. Ce plan doit être terminé d'ici juin 2004 et doit être mis en ligne sur le site Web du BIU ou du ministère dès qu'il est prêt. À titre de mesure intérimaire, le ministère doit afficher sur son

site Web un résumé des rôles et responsabilités principaux des organisations gouvernementales et des indépendantes sur le plan des mesures et interventions d'urgence en matière de santé publique au plus tard le 1er février 2004.

26. Le ministère doit, de concert avec le BIU qui assumera, après sa création, un rôle de coordination et de surveillance, diffuser largement des plans d'interventions d'urgence pour la grippe pandémique et la variole d'ici le 15 mars 2004. Ces plans doivent être affichés sur le site Web du ministère.

27. a. Le ministère doit, en collaboration avec les associations, les ordres professionnels ainsi que le BIU qui assumera, après sa création, un rôle de coordination et de surveillance, continuer à élaborer des registres provinciaux permettant de déployer rapidement le personnel de santé. Un plan d'action sur l'élaboration de ces registres devra être présenté au ministre d'ici le 1er février 2004. Les registres devront être testés et évalués dans les 12 mois suivant leur création.

    b. Le ministère doit commencer à élaborer des ententes trans-juridictionnelles d'aide mutuelle avec d'autres provinces et territoires. Ces ententes prévoient le déploiement approprié des ressources humaines, la reconnaissance interinstitutionnelle de l'agrément des professionnels, des ententes de rémunération et la prestation des fournitures et d'équipement. Le ministère doit produire un rapport d'état à ce sujet au plus tard le 1er avril 2004.

28. Le ministère, de concert avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA), l'Association canadienne des soins de santé (ACS) et les autres organisations concernées, doit envisager immédiatement l'élaboration d'un code précis de lutte contre les éclosions de maladies infectieuses. Idéalement, ce code serait adopté à l'échelle nationale et se refléterait dans une planification appropriée des interventions aux paliers provincial et fédéral.

29. Le ministère, de concert avec le ministère du Procureur général et les autres ministères concernés, doit procéder à un examen approfondi des lois existantes sur les pouvoirs d'urgence en vue de créer un système graduel d'intervention en cas d'urgence sanitaire. Un rapport d'état sur cet examen doit être présenté au ministre de la Santé et des Soins de longue durée et au ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels d'ici le 1er mars 2004.

    Dans une deuxième phase, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, doivent collaborer pour assurer l'harmonisation, d'ici octobre 2004, des lois sur les pouvoirs en cas de situation d'urgence.

**Sommaire et recommandations**

Introduction

Chapitre un : Modèles de santé publique

Chapitre deux : Lutte contre les infections

Chapitre trois : Mesures et interventions

Chapitre quatre : Communications

Chapitre cinq : Surveillance

Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

Conclusion

Annexes

## Chapitre quatre : Communications

30. D'ici le 15 février 2004, le ministère doit s'assurer qu'une infrastructure de communication est en place dans le secteur de la santé pour permettre de communiquer avec tous les intervenants clés lors des situations d'urgence. Cette infrastructure doit permettre l'utilisation du courriel, de la télécopie, d'Internet et d'autres technologies de pointe. Cette infrastructure doit être bidirectionnelle, multifonctionnelle et permettre au ministère de communiquer avec les praticiens de la santé, les organisations et institutions de santé, le personnel de soutien, les institutions de formation, les services médicaux d'urgence, les associations professionnelles, les organismes de réglementation professionnelle et les syndicats. Cette infrastructure doit être testée et évaluée d'ici le 31 mars 2004.

    a. Cette infrastructure doit faciliter le développement d'un réseau d'alerte de santé publique formel, destiné à communiquer les données concernant les épidémies de maladies infectieuses et les dangers pour la santé publique à tous les fournisseurs de soins de santé.
    b. Aussi essentielle que la mise en place de cette infrastructure, la compétence en informatique doit être considéré comme une exigence essentielle pour la pratique. Tous les praticiens de la santé qui seront diplômés au cours des deux prochaines années devront respecter cette exigence. Des méthodes pour assurer la même compétence en informatique parmi les praticiens qui exercent déjà doivent être examinées en collaboration avec les ordres professionnels au cours des trois prochaines années.

31. D'ici le 15 janvier 2004, le ministère doit examiner et mettre à jour ses protocoles provinciaux de communication en cas de crise pour être en mesure de diffuser les informations lors d'une crise sanitaire. Ces protocoles doivent permettre :

    a. de nommer rapidement un ou plusieurs porte-parole crédibles et cohérents à l'échelon provincial, de façon à livrer un message uniforme et clair;
    b. de mettre en place des mécanismes de communication bidirectionnelle, permettant aux personnes de poser leurs questions et d'obtenir des clarifications;
    c. au personnel d'avoir un formation adéquate en communication;
    d. de diffuser rapidement les approches de communication en différentes langues et formats.

32. D'ici le 1er mars 2004, le ministère doit élaborer une stratégie provinciale de communication des risques de santé publique, dans le cadre du plan de prévention général des crises sanitaires. Cette stratégie doit être basée sur les meilleures pratiques internationales en matière de communication des risques et doit être partagée avec les gouvernements locaux et fédéral, ainsi qu'avec les organisations de santé afin de faciliter la coordination des efforts et la compréhension des rôles respectifs. La base de cette stratégie de communication doit :

    a. reposer sur les moyens de communication l'efficacité est prouvée et les améliorer; par exemple l'utilisation des systèmes basés sur Internet pendant la crise du SRAS;
    b. inclure des approches et des outils ciblés pour différents auditoires, comme les praticiens et les patients;
    c. être fondée sur des liens étroits avec les bureaux de santé publique;
    d. encourager et développer les réseaux de communication des risques en matière de santé publique;
    e. identifier clairement les porte-parole provinciaux en cas de situations d'urgence, favorisant ainsi confiance et crédibilité;
    f. s'assurer que les méthodes de communication utilisées pendant les crises sanitaires sont de nature pratique. Lorsqu'elles sont destinées aux travailleurs de la santé, les communications doivent inclure l'information concernant les techniques appropriées et les meilleurs pratiques devant être appliquées;
    g. inclure des moyens efficaces pour faire comprendre au public la nécessité des mesures de dépistage, les changements des règles de visite et les restrictions temporaires des services de santé. Ces moyens comprennent la production de supports de communication et de notices standardisés destinées aux patients;
    h. prévoir des séances d'information entre le ministère et les fournisseurs de soins de santé, sous la forme de diffusions par le Web ou d'autres mécanismes de communication en temps réel, *juste avant* toute communication publique portant sur un problème urgent de santé publique;
    i. clarifier, mettre à jour et rationaliser les règlements et procédures concernant l'utilisation des médias en situation de crise. Cela doit inclure l'utilisation permanente de services efficaces d'achat de temps d'antenne sur les médias afin de communiquer les messages d'intérêt public;
    j. optimiser l'utilisation des services téléphoniques d'information destinés au public dans le cadre du plan de prévention global;
    k. inclure des mécanismes d'évaluation du rendement.

**Sommaire et recommandations**

Introduction

Chapitre un : Modèles de santé publique

Chapitre deux : Lutte contre les infections

Chapitre trois : Mesures et interventions

Chapitre quatre : Communications

Chapitre cinq : Surveillance

Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

Conclusion

Annexes

33. Le ministère doit demeurer en contact avec Santé Canada pour assurer la cohérence et désigner clairement les points de contact dans le cadre des plans de communication des risques. Les protocoles d'entente officiels doivent être examinés et mis à jour d'ici le 1er mars 2004, pour s'assurer qu'ils définissent clairement les rôles et les responsabilités. Le ministère doit s'engager à examiner et mettre à jour régulièrement ces accords. Ces révisions doivent s'appuyer sur l'expertise appropriée en matière de santé publique et doivent inclure des représentants du BIU.

34. Le ministère doit s'assurer immédiatement que toute communication écrite destinée fournisseurs de soins de santé en situation de crise est :

    a. claire, concise et applicable;
    b. basée sur des faits scientifiques;
    c. soutenue par des mécanismes de communication bidirectionnelle et de clarification rapides.

35. D'ici le 1er mars 2004, le ministère doit élaborer un plan amélioré de sensibilisation du public pour l'informer des dangers possibles ou réels pour la santé publique et des mesures de prévention des infections. Les organisations de santé et les associations professionnelles doivent être partie prenante à l'élaboration et à la mise en place de ce plan pour assurer la coordination des efforts et pour définir quels sont les outils les plus efficaces que les soignants peuvent utiliser pour communiquer avec le public.

## Chapitre cinq : Surveillance

36. Le ministère doit s'appuyer sur le travail déjà entrepris jusqu'à présent et élaborer un plan provincial complet de surveillance des maladies infectieuses d'ici le 30 juin 2004. Ce travail doit :

    a. être conduit par un groupe multidisciplinaire, qui rassemble des scientifiques, le gouvernement, les partenaires du secteur informatique et de la santé et doit rendre compte au ministre de la Santé et des Soins de longue durée;
    b. porter sur l'harmonisation et la clarification des rôles de tous les comités consultatifs provinciaux postérieurs à la crise du SRAS avec les groupes de travail qui examinent le problème de la surveillance de la santé;
    c. examiner les occasions ou les barrières existantes pour l'utilisation des outils comme Télésanté et Télémédecine;
    d. inclure une surveillance à l'échelle de la province pour les infections nosocomiales.

37. Le ministère doit s'assurer qu'une infrastructure informatique appropriée est en place d'ici le 30 juin 2004, afin de contribuer au plan provincial de surveillance des maladies infectieuses.

38. Le ministère doit avoir totalement mis en œuvre le Système d'information en santé publique (SISP-i), et y avoir apporté toutes les modification de conception nécessaires, dans tous les bureaux de santé publique de la province, d'ici le 30 juin 2004.

39. Le ministère doit rapidement élaborer les moyens informatiques complets permettant aux bureaux de santé publique d'effectuer le suivi des contacts et la gestion de la quarantaine d'ici 30 juin 2004. Si cela ne peut pas être réalisé au moyen de modifications du SISP-i, d'autres plates-formes informatiques adaptées doivent être utilisées.

40. Le ministère doit créer un groupe de travail avec des représentants des intervenants de la santé, des chercheurs et du ministère pour examiner de toute urgence l'ensemble des protocoles d'accès et de partage des données entre les bureaux de santé publique, le ministère, les municipalités et le gouvernement fédéral. Cet examen doit préciser de quelle façon et à qui les données d'identification personnelles peuvent être communiquées en cas d'éclosion de maladies infectieuses.
    Le groupe de travail doit présenter un rapport au ministère d'ici le 31 mars 2004. Ce rapport doit décrire la structure de partage des données communes, les rapports de subordination et les autres impératifs communs des protocoles d'accès et de partage des données.

**Sommaire et recommandations**

Introduction

Chapitre un : Modèles de santé publique

Chapitre deux : Lutte contre les infections

Chapitre trois : Mesures et interventions

Chapitre quatre : Communications

Chapitre cinq : Surveillance

Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

Conclusion

Annexes

41. Le ministère doit entreprendre un examen juridique détaillé de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée* par rapport aux éléments suivants :

    a. les impératifs de divulgation réglementés par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*;
    b. l'identification des obstacles potentiels au partage approprié de l'information en temps utile;
    c. l'assurance que les renseignements personnels sont protégés.

    Cet examen doit être terminé d'ici le 31 mars 2004.

## Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

**Recrutement**

42. Le ministère, avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités et les organismes professionnels, doit continuer à soutenir les nouvelles initiatives et à augmenter le nombre de professionnels de la santé recrutés, y compris les médecins, les infirmières et les inhalothérapeutes. En plus du travail déjà entrepris, une attention particulière doit être accordée à l'amélioration des occasions de formation en épidémiologie, en microbiologie médicale, en santé et sécurité au travail, en médecine communautaire, en soins actifs, en urgences et en santé publique. Des plans d'augmentation des capacités de formation dans ces domaines clés doivent être en place pour l'année universitaire 2005 - 2006 et annoncés publiquement.

**Stratégies de recrutement**

43. Le ministère doit immédiatement subventionner au minimum deux postes de microbiologie médicale supplémentaires pour le Laboratoire de santé publique de l'Ontario.

44. Le ministère doit, en collaboration avec les ordres et les associations professionnels, commencer à élaborer de nouveaux modèles pour utiliser efficacement les ressources humaines de santé lors d'une crise sanitaire. Dans le cadre de ce processus, il faut prendre en compte les modèles de recrutement novateurs et l'utilisation des professionnels dans leur entière capacité.

45. Le ministère doit continuer à établir des stratégies de recrutement durables pour les infirmières et les autres travailleurs de la santé pour améliorer la disponibilité des emplois à plein temps. Des rapports

intermédiaires doivent être produits chaque année avec pour objectif final un emploi à plein temps supérieur à 70 % dans tous les secteurs de la santé avant le 1er avril 2005, avec des objectifs particuliers déclarés pour le secteur des soins actifs.

**Santé et sécurité au travail**

46. Le ministère, avec le ministère du Travail, doit entreprendre un examen des règles, procédures et ressources actuelles de santé et sécurité au travail dans le secteur de la santé. Cette évaluation doit être terminée avant le 30 juin 2004.

    Sur la base des résultats de cette étude, le ministère, le ministère du Travail, les fournisseurs de soins de santé et les organisations professionnelles pertinentes doivent considérer la création de meilleures pratiques pour le domaine de la santé et sécurité au travail, avec comme objectif de définir le rôle des services de santé et sécurité au travail pendant une éclosion de maladies infectieuses et le lien le plus approprié entre ces services et les programmes de lutte contre les infections.

47. Le ministère, avec le ministère du Travail et les associations professionnelles, doit soutenir le développement permanent de meilleures pratiques pour l'utilisation de l'équipement de protection individuel avant le 31 décembre 2004. Le ministère doit également, en collaboration avec les organisations de santé, s'assurer que des moyens adéquats sont en place pour sensibiliser les groupes appropriés du travailleurs de la santé sur l'utilisation correcte de l'équipement de protection individuel, et sur les faits qui justifient cette utilisation. De plus, l'Ontario doit soutenir les initiatives de recherche publiques et privées sur la conception, l'efficacité et les effets indésirables de l'équipement de protection individuel.

**Soutien psychologique**

48. Le ministère, en collaboration avec les associations professionnelles et les experts, doit élaborer un plan d'intervention pour le développement et l'utilisation de programmes psychopédagogiques à utiliser lors des formations de préparation aux situations d'urgence. Ces programmes doivent remplir les objectifs suivants :
    a. préparer le personnel à faire face aux conséquences des situations d'urgence, y compris l'anxiété et la dépression;
    b. développer une capacité à faire face aux situations difficiles.

    Les programmes doivent être créés avant l'été 2004.

**Sommaire et recommandations**

Introduction

Chapitre un : Modèles de santé publique

Chapitre deux : Lutte contre les infections

Chapitre trois : Mesures et interventions

Chapitre quatre : Communications

Chapitre cinq : Surveillance

Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

Conclusion

Annexes

49. Le ministère, en collaboration avec les associations professionnelles et les employeurs du milieu de la santé, doit s'assurer de la disponibilité de programmes de soutien psychologique pour les travailleurs et travailleuses de la santé dans le cadre d'un plan solide de gestion des situations d'urgence. Ces programmes doivent :

    a. apporter un soutien à tout le personnel en première ligne;
    b. permettre un accès facile aux programmes d'aide aux employés et aux autres ressources, telle que la psychiatrie;
    c. faire face aux problèmes d'isolation et de stigmatisation;
    d. intégrer des approches actives pour gérer la fatigue et le stress dus au travail.

    Une planification coordonnée dans ce domaine doit être entreprise avant février 2004.

**Indemnisation**

50. Dans le cadre de sa planification des mécanismes d'intervention d'urgence, le ministère doit formaliser la mise en place rapide de programmes, comme le programme de compensation des salaires par compassion en raison du SRAS, pour apporter au personnel de santé une indemnisation pour la perte de revenu résultant de l'impossibilité de travailler parce qu'ils sont malades, en quarantaine ou limités à un seul établissement en raison de la situation d'urgence.

## Recommandations portant sur le processus

Pour garantir la responsabilisation et faciliter une approche coordonnée relativement à la mise en œuvre du présent rapport, le Comité d'experts recommande ce qui suit.

51. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit établir un organisme de coordination unique pour superviser la mise en œuvre des recommandations contenues dans le présent rapport, en respectant les échéanciers qui y sont précisés.

52. Les travaux de cet organisme de coordination doivent être guidés et appuyés par un Groupe consultatif multidisciplinaire de spécialistes, où sont représentés les établissements et organismes de santé, les professionnels de la santé et leurs associations ainsi que la communauté scientifique.

53. En reconnaissance des personnes touchées par le SRAS et pour mesurer la responsabilisation à l'égard du public concernant la mise en œuvre des présentes recommandations, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée doit présenter un rapport d'avancement des travaux à l'Assemblée législative au plus tard en décembre 2004.

**Sommaire et recommandations**

Introduction

Chapitre un : Modèles de santé publique

Chapitre deux : Lutte contre les infections

Chapitre trois : Mesures et interventions

Chapitre quatre : Communications

Chapitre cinq : Surveillance

Chapitre six : Ressources humaines en matière de santé

Conclusion

Annexes

## Bibliographie

1. Ellacott K. Behind the mask. *Regist Nurse J.* 2003;15 (4):12-6.

2. SARS Expert Committee. *SARS in Hong Kong: from experience to action*. Octobre 2003. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.sars-expertcom.gov.hk/english/reports/reports/reports_fullrpt.html. Consulté le 19 octobre 2003 ; Hong Kong Hospital Authority. *Response to the Report of the Hospital Authority Review Panel on SARS Outbreak*. 16 octobre 2003. [En ligne] accessible à l'adresse suivante : http://www.ha.org.hk/sars/ps/report/reviewpanel_e.pdf. Consulté le 20 octobre 2003; Kanof E. *Severe Acute Respiratory Distress Syndrome: established infectious disease control measures helped contain spread, but a large-scale resurgence may pose challenge.* Témoignage devant le *Permanent Subcommittee on Investigations, Committee on Governmental Affairs, U.S. Senate.* 30 juillet 2003. [En ligne] accessible à l'adresse suivante : http://www.gao.gov/new.items/d031058t.pdf. Consulté le 15 novembre 2003.

3. Bureau du vérificateur provincial de l'Ontario. Rapport annuel 2003. Chapitre trois : Rapports sur les vérifications et examens d'optimisation des ressources, Section 3.09, Activité de la santé publique. 2003. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.auditor.on.ca/english/reports/en03/309en03.pdf. Consulté le 6 novembre 2003.